

Article

« La création d'une nouvelle génération d'études épidémiologiques en santé mentale »

Jean Caron, Michel Tousignant, Duncan Pedersen, Marie-Josée Fleury, Margaret Cargo, Mark Daniel, Yan Kestin, Anne Crocker, Michel Perreault, Alain Brunet, Jacques Tremblay, Gustavo Turecky et Serge Beaulieu

Santé mentale au Québec, vol. 32, n° 2, 2007, p. 225-238.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/017808ar>

DOI: 10.7202/017808ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



La création d'une nouvelle génération d'études épidémiologiques en santé mentale¹

Jean Caron*

Michel Tousignant**

Duncan Pedersen***

Marie-Josée Fleury****

Margaret Cargo*****

Mark Daniel*****

Yan Kestin*****

Anne Crocker*****

Michel Perreault*****

Alain Brunet*****

Jacques Tremblay*****

* Ph.D., Directeur de l'Équipe des IRSC en Épidémiologie sociale et psychiatrique, Professeur agrégé au département de Psychiatrie Université McGill, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

** Ph.D., Professeur au Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

*** M.D., Directeur scientifique adjoint Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Professeur agrégé au département de Psychiatrie Université McGill.

**** Ph. D. Professeur adjoint au département de Psychiatrie Université McGill, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

***** Ph. D. Professeur adjoint au département de Psychiatrie Université McGill. Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

***** Ph. D. Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, CHUM.

***** Ph.D. Département de Médecine sociale et préventive, Université de Montréal. Direction de la santé Publique de Montréal, CHUM.

***** Ph. D. Professeur adjoint au département de Psychiatrie Université McGill. Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

***** Ph. D. Professeur agrégé au département de Psychiatrie Université McGill. Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

***** Ph. D. Professeur adjoint au département de Psychiatrie Université McGill. Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

***** M. D. Professeur adjoint au département de Psychiatrie Université McGill. Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Gustavo Turecky*****

Serge Beaulieu*****

Grâce à une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), il se développe actuellement une nouvelle génération d'études en épidémiologie sociale et psychiatrique dans une zone circonscrite se situant dans le sud-ouest de Montréal où vivent 258 000 personnes. Ce programme de recherche repose sur une étude prospective longitudinale visant à identifier les déterminants de la santé mentale de la population, et sur quatre études spécifiques qui abordent des paramètres importants pour la santé mentale : l'écologie sociale et physique des quartiers, le soutien social, le stigma social et les services en santé mentale. Ce programme est complété par l'utilisation de la dernière génération des outils technologiques et informatiques soit un système d'information géographique (SIG) qui permet d'apprécier les effets du contexte sur la santé mentale. Les bases théoriques sur lesquels repose ce modèle sont présentées de même qu'une description sommaire des méthodes utilisées.

Dans le cadre des rencontres du Windigo, organisées par la Chaire Eli Leily Canada de recherche en schizophrénie de l'Université de Montréal, nous avons présenté un programme de recherche innovateur visant le développement de la première zone circonscrite d'épidémiologie sociale et psychiatrique au Canada. Cette zone sera développée par l'Équipe des Instituts de recherche en santé du Canada et pourra servir de modèle qui permettra de créer la quatrième génération d'études épidémiologiques en épidémiologie sociale et psychiatrique. En ce sens, les méthodes proposées sont d'un intérêt scientifique certain pour les chercheurs sur la schizophrénie, car tout un volet du programme vise à mieux comprendre et à circonscrire le phénomène du stigma social dont sont victimes les personnes atteintes de schizophrénie.

Cet article décrit les bases théoriques et le modèle conceptuel sur lesquelles repose le développement de notre programme de recherche dans cette zone circonscrite du sud-ouest de Montréal, et les méthodes qui seront utilisées. Ce programme permettra d'ancrer les assises d'un outil permanent de développement et de transfert des connaissances en santé mentale, en concertation avec tous les décideurs impliqués dans l'offre de services en santé mentale de ce secteur de Montréal.

***** Ph. D. Professeur adjoint au département de Psychiatrie Université McGill. Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

***** Ph. D. Professeur adjoint au département de Psychiatrie Université McGill. Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Les études réalisées dans des zones circonscrites représentent la « troisième génération en épidémiologie psychiatrique » (Régier et Kaelber, 1995). Au début des années 80, le National Institute of Mental Health (USA) a soutenu un programme de recherches épidémiologiques basées sur des enquêtes communautaires, circonscrites à cinq sites américains qui regroupaient des populations d'environ 200 000 personnes (Tohen et al., 2000). Elles permettaient de suivre une population sur un territoire spécifique pendant plusieurs années, et d'y apprécier l'évolution du taux d'incidence et de prévalence des troubles mentaux, et le taux d'utilisation des services de façon longitudinale en fonction des paramètres pouvant se modifier naturellement dans une communauté ou suite à des interventions ciblées. Ce type d'études longitudinales prospectives permet donc d'apprécier la variation des déterminants de la santé mentale sur la variation de l'état de santé mentale de la population, contribue à renforcer des hypothèses causales contrairement aux études transversales qui ne peuvent qu'établir des corrélations entre l'état de santé mentale d'une population et des variables pouvant y être associées. Les grandes enquêtes épidémiologiques nationales telles l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes* (ESCC 1.2), même si elles couvrent de vastes échantillons, ne permettent pas de comparer des grands secteurs d'une ville comme Montréal et encore moins d'étudier ses quartiers. En fait, ces études mesurent des prévalences moyennes chez un groupe de personnes que la méthodologie a détachées de leur milieu de vie. Par contre, lorsque l'on compare des quartiers, les taux de prévalence fluctuent énormément (Caron et al., 2007). De plus, leur méthodologie repose sur des méthodes quantitatives à partir d'instruments standardisés qui ne permettent aucunement de saisir la dynamique des déterminants de la santé mentale qui s'articulent dans un milieu de vie. Les effets du contexte social, économique, politique et physique sont donc absents de ce type d'étude alors que leur importance est appuyée par une imposante littérature scientifique (voir Kaplan, 2004). La dispensation des services de santé s'établissant à un niveau local, il importe que les données sur lesquelles ils seront planifiés soient issues de la même aire géographique.

Actuellement, il n'existe pas de zone circonscrite d'études épidémiologiques au Canada. Pourtant l'état de santé mentale des Canadiens montre des signes inquiétants. Des analyses récentes de l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*, version 1.2: « Santé mentale et bien-être (ESCC1.2) » (Caron et al., 2004) montrent un taux de prévalence élevé de détresse dans la population. Au-dessus du seuil de pauvreté, il est de 19,4 %, et de 28,5 % dans les populations pauvres. La

présence d'un trouble mental spécifique affecte 10,3 % des mieux nantis comparativement à 14,1 % des défavorisés. De plus, ces prévalences ne constituent qu'une sous-estimation du problème réel puisque l'ESCC 1.2 ne mesure pas toutes les catégories de troubles mentaux. Outre la souffrance individuelle, le fardeau économique annuel minimum de la détresse psychologique au Canada s'élève à 14,4 milliards de dollars (Stevens et Joubert, 2001).

L'état de santé mentale de la population : un état d'équilibre

La santé mentale de la population résulte d'une interaction complexe entre différents paramètres. Parmi les facteurs de risque, la pauvreté demeure le plus déterminant dans l'apparition de la détresse psychologique et de la symptomatologie psychiatrique (voir Muntaner et al, 2004 ; Kessler et Neighbors, 1986). Les conditions propres à l'environnement physique et social des populations pauvres engendrent davantage de conditions chroniques de stress et d'événements générateurs de stress (Brown et al., 1987 ; Fortin, 1989). Par ailleurs, ce sont les variables sociales qui constituent les facteurs de protection les mieux identifiés pour la santé mentale. Parmi ces derniers, la perception de la disponibilité du soutien du réseau social personnel est le facteur le mieux documenté (voir Caron et Guay, 2005). La cohésion sociale des communautés joue également un rôle important dans le maintien de l'état de santé de la population (Kawagachi et Berkman, 2000). Alors que le soutien social réfère au soutien provenant du réseau social personnel, le concept de cohésion sociale englobe le degré d'interaction, les liens et la solidarité des groupes sociaux. D'autres études montrent également que les caractéristiques physiques des quartiers affectent l'état de santé mentale des populations qui l'habitent (Sampson et al., 1997).

Le concept de stress développé par Selye (1974) a permis de mieux comprendre comment peuvent s'articuler les dimensions biologiques et sociales dans la problématique d'adaptation de l'être humain. Les recherches ont permis de constater que l'accumulation d'événements perturbateurs et stressants avait un impact négatif sur la santé (Holmes et Rahe, 1967) ; par ailleurs, la capacité de gestion du stress et l'emploi de certaines stratégies permettent une meilleure adaptation (Antonovsky, 1987 ; Lazarus et Folkman, 1984).

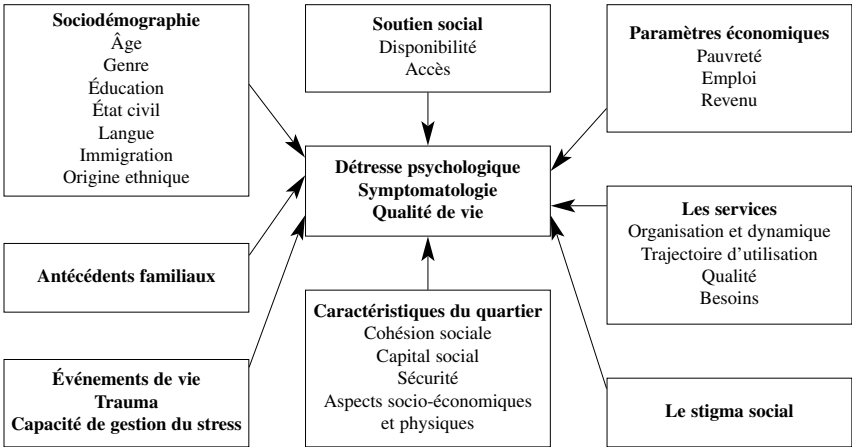
Plusieurs modèles d'adaptation dans le domaine de la santé mentale basés sur le concept de stress se sont développés (Antonovsky, 1987 ; Caron, 1996 ; Dohrenwend, et Dohrenwend, 1978 ; Lazarus et Folkman, 1984). De façon générale, ils s'appuient sur le postulat suivant : dans une population donnée l'état santé mentale et le bien-être

résultent d'un équilibre entre les facteurs de risque auxquels cette population est soumise et les facteurs de protection dont elle dispose. Lorsque la symptomatologie se développe dans une population, la qualité des services en santé mentale d'une communauté joue également un rôle important afin de maintenir cet état d'équilibre. Plus les services, formels et informels sont accessibles et efficaces, plus la durée de la détresse ou de la symptomatologie sera brève, réduisant ainsi la prévalence des problèmes de santé mentale dans cette population (Organisation Mondiale de la Santé, 2000 ; Enthoven et Vorhaus, 1997).

Un obstacle important au rétablissement est le stigma social associé aux maladies mentales. Il joue un rôle négatif à tous les stades de la maladie : dans son apparition, lors du pronostic, pendant les différentes étapes de traitement et sur leurs résultantes. Le stigma est l'un des facteurs le plus importants entravant l'accès aux traitements et limitant la réadaptation à une vie normale et significative sur le plan social. Il s'ajoute aux stressseurs environnementaux, favorise les rechutes et accroît le fardeau de la maladie (Corrigan, 2000, Farina et al., 1968 ; Link et Phelan, 2001)

La figure 1 présente le modèle théorique qui sera utilisé à la base du programme. Ce modèle regroupe un ensemble de variables qui ont une relation directe ou indirecte avec la santé mentale. La direction des flèches n'implique pas de direction causale et plusieurs variables des différents blocs sont en interrelation et vraisemblablement en interaction les unes avec les autres.

Figure 1
Modèle théorique incluant les variables reliées à la santé mentale



La qualité de vie constitue le pôle positif de la santé mentale tandis que la détresse psychologique et une série de symptômes et de mesures comportementales (psychopathologies, dépendance à l'alcool, aux drogues et au jeu et la criminalité) constituent le pôle négatif. Les différents paramètres associés à la santé mentale et identifiés dans la recension précédente font partie du modèle. À cela s'ajoute une série d'indicateurs sociodémographiques qui sont associés à un niveau de détresse plus élevé ou, au contraire, à une meilleure qualité de vie. De nombreuses recherches montrent que les personnes développant une symptomatologie ont des antécédents familiaux qui y prédisposent, bien que la contribution génétique et sociale et ses interactions ne soient pas encore clarifiées (Laursen et al., 2005).

Les objectifs spécifiques visés par le développement de cette zone

Les objectifs spécifiques visés par le développement de cette zone sont les suivants :

1) Examiner les liens et les interactions entre des déterminants personnels, l'écologie des quartiers (l'environnement physique et socioéconomique) et la santé mentale de chacun des quartiers de cette zone : l'incidence et la prévalence de la détresse psychologique, les troubles mentaux, l'abus de substances, le jeu pathologique, le suicide, les para-suicides et les comportements à risque ; la qualité de vie ; les facteurs de protection et les facteurs de risque en santé mentale ; les effets de la pauvreté sur les différentes problématiques ; les problématiques reliées à la santé mentale de populations migrantes ;

2) Identifier les conditions qui facilitent l'intégration des personnes présentant des problèmes de santé mentale dans chacune des communautés et les obstacles à cette intégration : stigma social, comportements antisociaux, comportements à risque et problèmes judiciaires ;

3) Apprécier l'impact sur la santé mentale du contexte écologique des quartiers tant du point de vue social et économique que physique : cohésion sociale, liens sociaux et capital social et culturel ; infrastructure sociale ; paramètres économiques ; paramètres physiques ;

4) Vérifier l'adéquation des services de santé mentale aux besoins de la population telle l'organisation et la dynamique des réseaux de services ; déterminer les trajectoires d'accès aux services formels de santé mentale — réseau MSSS et organismes communautaires ; identifier les paramètres reliés aux taux d'utilisation des services et à la satisfaction des usagers.

Apport scientifique du programme de recherche

Bien que les zones d'études épidémiologiques actuellement existantes permettent de déterminer l'état de santé mentale de la population et d'identifier des facteurs de risque et de protection, leur méthodologie ne permet pas de saisir la dynamique et le processus complexe par lequel les déterminants de la santé mentale opèrent. L'étude de cette dynamique s'appréhende plus facilement par des approches et méthodes de type qualitatif, qui permettent de saisir les représentations de la santé mentale, le processus de développement du soutien et des solidarités sociales, de même que les trajectoires des individus à la recherche de solutions pour contrer leur détresse ou améliorer leur bien-être. L'implantation de services en santé mentale nécessite cette compréhension, sans quoi elle risque d'interférer avec la dynamique du soutien communautaire et de contribuer aux problèmes plutôt qu'à leur solution.

Le secteur géographique du sud-ouest de Montréal possède plusieurs atouts pour permettre le développement d'une zone circonscrite d'épidémiologie psychiatrique (Figure 2). Il comprend 258 800 personnes réparties dans les quartiers de Saint-Henri, de Pointe-Saint-Charles, de Verdun/Côte-Saint-Paul/Ville-Émard, de Ville LaSalle et du Vieux-Lachine/Dorval. Sa composition sociodémographique est variée et le secteur regroupe des quartiers ayant un territoire défini, un profil socio-économique et une organisation communautaire qui lui est propre.

L'originalité et la force de la présente étude réside dans le fait qu'elle combine à la fois une enquête longitudinale quantitative, et des études spécifiques des contextes sociaux et écologiques de nature quantitative et qualitative qui la complètent, et qui utilisent un système d'information géographique (SIG) unique permettant d'évaluer les effets du contexte (Elliot et al., 2001). Elle tient compte des services de santé mentale dans les déterminants de la santé mentale et se situe dans une zone délimitée qui permet des comparaisons entre quartiers.

Les méthodes

L'étude épidémiologique longitudinale

Au cours des cinq prochaines années, deux collectes de données espacées de deux ans seront effectuées auprès d'un échantillon aléatoire de 2 400 personnes de 15 à 65 ans provenant des 5 quartiers de la zone. Des mesures de santé mentale positive et négative seront utilisées. La qualité de vie est retenue pour la dimension positive. Il sera possible de déterminer les taux d'incidence et de prévalence, dans chacun des quartiers, de différents troubles mentaux ; soit la dépression, les troubles

anxieux, la phobie sociale, le stress post-traumatique, la maladie bipolaire, l'alcoolisme, la consommation problématique de drogue de même que la prévalence de la détresse psychologique. L'enquête inclura également des mesures sur l'impulsivité, l'agressivité et la criminalité, le jeu pathologique, les risques suicidaires et les troubles cognitifs chez les personnes âgées.

Plusieurs autres mesures porteront sur des variables associés à la santé mentale : les caractéristiques sociodémographiques, le stress et les stratégies de gestion, le soutien social, le stigma social, les antécédents de maladies mentales dans la famille, la perception des résidents de leur quartier (le sentiment d'appartenance, la participation communautaire, la perception de la capacité d'agir sur son quartier, la cohésion sociale et le contrôle social informel, les éléments perturbateurs, les aspects physiques et les services du quartier). Enfin des mesures permettront d'évaluer le degré de stigma social et la satisfaction des services de santé mentale. Les chercheurs responsables de l'étude sont les D^{rs} Jean Caron et Michel Tousignant.

Le système d'information géographique et l'étude des quartiers

Nous visons à intégrer diverses mesures du contexte écologique des quartiers en croisant plusieurs sources et méthodes de collecte d'information au sein d'un système d'information géographique (SIG). Un SIG est un ensemble de principes, méthodes, outils et bases de données servant à stocker, analyser, modéliser et visualiser de l'information spatiale. Ce système d'information géographique (SIG) contient des bases de données géographiques qui serviront à la caractérisation des quartiers. Nous utiliserons à cette fin *des mesures sociodémographiques (données du recensement), des statistiques de criminalité, la proximité des services de santé et de santé mentale, la propreté et l'engagement citoyen, la présence de ressources (services et commerces) et la densité de végétation.*

Une étude ethnographique sera effectuée et examinera des aspects spécifiques de la vie de quartier, par exemple, l'utilisation des espaces publics de loisirs, et des entrevues en profondeur portant sur la vie sociale seront également réalisées avec des citoyens et des informateurs clés (Lofland et Lofland, 1995). Les responsables de ce volet du programme sont les D^{rs} Margaret Cargo, Mark Daniel et Yan Kestin.

Le stigma social

Les buts généraux de la recherche sont : 1) de mener une étude qui examine la nature et le degré de stigmatisation de la maladie mentale qui

sévit parmi a) la population de la zone circonscrite d'épidémiologie psychiatrique ; b) les membres de la famille, les dispensateurs de soins et le réseau élargi de personnes qui sont en contact avec les malades mentaux ; et c) les professionnels de la santé ; 2) d'examiner les stigmas du point de vue subjectif de personnes ayant été aux prises avec une maladie mentale grave. Ces informations permettront à nos partenaires de créer et d'appliquer des programmes visant à la réduction du stigma social aux niveaux individuel et collectif.

La méthodologie pour la collecte de données combine l'utilisation d'outils qualitatifs et quantitatifs. Les outils de recherche qualitative (entrevues semi-structurées avec des informateurs-clés, des groupes de discussion, etc.) visent à l'identification de symptômes de stigmas, et d'expériences de discrimination révélés par l'analyse des récits de personnes atteintes de maladie mentale et d'informateurs clés dans les domaines. Le responsable de cette étude est le Dr Duncan Pedersen.

Le soutien social

Cette étude vise à clarifier le processus d'actualisation du soutien social. Plus spécifiquement elle vise à identifier la provenance du soutien, son appréciation et les conditions qui ont facilité le soutien et les obstacles à sa réalisation. Nous examinerons la composition du réseau qui s'est mobilisé suite à un événement stressant et explorerons avec elle chacune des composantes du soutien : le soutien émotionnel, l'intégration sociale, la réassurance de sa valeur, l'aide matérielle, les conseils et les informations ainsi que le besoin de se sentir utile et nécessaire. Un sous-échantillon de l'étude longitudinale sera rencontré pour une entrevue en profondeur. Nous demanderons aux répondants d'identifier les types de soutien leur étant apparus nécessaires et d'évaluer l'importance, alors perçue, de chacune de leurs composantes pour l'aider à surmonter cet événement. Les responsables de cette étude sont le Dr Michel Tousignant et le Dr Jean Caron.

L'organisation des services

L'étude vise à répondre à deux objectifs : 1) mieux comprendre les paramètres qui affectent la qualité de l'organisation et de la dispensation des services : utilisation, accessibilité, continuité, globalité, humanisation, satisfaction et adéquation des services aux besoins. L'atteinte de ce premier objectif sera réalisée par un questionnaire que tous les répondants de l'étude longitudinale compléteront ; 2) évaluer le système local de services. D'une part, un sous-échantillon de la cohorte principale de l'étude sera sélectionné au hasard pour des entrevues en

profondeur de type groupe de discussion afin de mieux comprendre les mécanismes reliés aux services interagissant sur l'état de la santé mentale. L'objectif est de mieux comprendre les trajectoires d'utilisation de services, les conditions qui facilitent et entravent une dispensation optimale de soins, les besoins relatifs aux différents groupes de clientèles et l'adéquation des services aux besoins. Le portrait de l'organisation et de la dispensation des services de chacun des territoires de CSSS sera mis à jour puisque des modifications importantes sont en cours à la suite de la création des Centres de santé et des services sociaux (CSSS) et de réseaux locaux intégrés de services (Ministère de la santé et des services sociaux — MSSS, 2003, Loi 25). Cette étude sera réalisée par les D^{rs} Marie-Josée Fleury et Michel Perreault.

Conclusion

Grâce à une subvention de 2 000 000 \$ des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) dans le cadre de son programme de subvention d'équipe de santé, ce programme de recherche sera réalisée en étroite collaboration avec tous les décideurs importants de l'organisation des services en santé mentale aux niveaux local, régional et provincial. L'étroite collaboration avec nos partenaires assureront le transfert des connaissances tant au niveau des services de promotion et de prévention de la santé mentale qu'à celui des services cliniques. Sept partenaires importants s'associent à notre projet : le Centre de santé et des services sociaux (CSSS) La Salle/Vieux-Lachine (CSSS-VL) et celui de Verdun/Côte-Saint-Paul/Saint-Henri/Pointe-Saint-Charles (CSSS-VCSP), l'Hôpital Douglas (HD), le Comité des Partenaires en Santé Mentale du Sud-Ouest (COPASM) et la table des organismes communautaires en santé mentale du Sud-Ouest de Montréal (TOCSM), l'Agence de Développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal-Centre (ADRLSS), la Direction de la santé mentale du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS) et le Service de police de la Ville de Montréal (SPVM).

Ce programme tient compte des principales recommandations de Kaplan (2004) dans son article « What's Wrong with Social Epidemiology, and How Can We Make It Better ? » et bien davantage. Le programme que nous proposons constitue une première mondiale et utilise la dernière génération des outils technologiques et informatiques (SIG). Tout comme l'étude longitudinale du Stirling County réalisée par Leighton dans les années soixante (Murphy et al., 2004), a permis au Canada d'être pionnier dans « les études épidémiologiques en psychiatrie de seconde génération », le présent projet permettra au

Québec et au Canada de se situer à l'avant-garde de l'épidémiologie sociale psychiatrique et pourrait constituer la quatrième génération d'études en épidémiologie psychiatrique.

RÉFÉRENCES

- ANTONOVSKY, A., 1987, *Unravelling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*, Jossey Bass, San Francisco.
- BROWN, G. W., BIFULCO, A., HARRIS, T., 1987, Life-events, vulnerability and onset of chronic depression, *Journal of Affective Disorders*, 11, 1-19.
- CARON, J., GUAY, S., 2005, Soutien social et santé mentale : concept, mesure, recherche récentes et implications pour l'intervention, *Santé mentale au Québec*, 30, 2, 15-38.
- CARON, J., LATIMER, E., TOUSIGNANT, M., 2007, Predictors of psychological distress in low income populations of Montreal, *Canadian Journal of Public Health*, (sous presse).
- CARON, J., LATIMER, E., TOUSIGNANT, M., RAYNAULT, M. F., HUANG, J. H., 2004, *The Mental Health and Well-being of Poor Populations in Canada*, présenté au X^e Congrès de l'International Federation of Psychiatric Epidemiology, Bristol, England, september.
- CARON, J., 1996, Una teoria ecologica de la intervencion comunitaria : acceso y conservacion de los recursos, *Intervencion psicosocial*, 5, 14, 53-68.
- CORRIGAN, P. W., 2000, Mental health stigma as social attribution : implications for research methods and attitude change, *Clinical Psychology : Science and Practice*, 7, 48-67.
- DOHRENWEND, B. P., DOHWENREND, B. S., 1978, Some issues on research on stressful life events, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 7-15.
- ELLIOT, P., WAKEFIELD J. C., BEST, N. G., BRIGGS, D. J., 2001, *Spatial Epidemiology : Methods and Applications*, Oxford University Press. Oxford, New York.
- KESSLER, R. C., NEIGHBORS, H. W., 1986, A new perspective on the relationships among race, social class, and psychological distress, *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 107-15.
- FARINA, A., ALLEN, J. SAUL, B., 1968, The role of the stigmatized person in affecting social relationships, *Journal of Personality*, 36, 169-182.
- FORTIN, D., 1989, La pauvreté et la maladie mentale : est-ce que les pauvres sont plus malades et si oui, pourquoi ? *Santé mentale au Québec*, 14, 2, 104-113.

- HOLMES, T. H., RAHE, R. H., 1967, The social readjustment scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- KAPLAN, G. A., 2004, What's wrong with social epidemiology, and how can we make it better ?, *Epidemiologic Reviews*, 26, 124-135.
- KAWAGACHI, I., BERKMAN, L., 2000, Social cohesion, social capital, and health, in Berkman, L., Kawagachi, I., eds., *Social Epidemiology*, Oxford University Press, New York.
- LAZARUS, R. S., FOLKMAN, S., 1984, *Stress, Appraisal and Coping*, Springer Publisher Company, New York.
- LAURSEN, T. M., LABOURIAU, R., LICHT, R. W., BERTELSEN, A., MUNK-OLSEN MORTENSEN P. B., 2005, Family history of psychiatric illness as a risk factor for schizoaffective disorder : a Danish register-based cohort study, *Archive of General Psychiatry*, 62, 8, 841-848.
- LINK, B. G., PHELAN, JO. C., 2001, Conceptualizing stigma, *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- LOFLAND, J., LOFLAND, L. H., 1995, *Analysing Social Settings : A Guide to Qualitative Analysis*, 3rd ed., Belmont : Wadsworth Publishing Company.
- MUNTANER, C., EATON, W. E., MIECH, R., O'CAMPO, P., 2004, Socioeconomic position and major mental disorders, *Epidemiologic Reviews*, 26, 53-62.
- MURPHY, J. M., LAIRD, D. N. M., MONSON, R. R., SOBOL, A. M., LEIGHTON, A. H., 2004, Anxiety and depression : a 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution, and comorbidity, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 355-375.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2000, *Rapport sur la santé dans le monde, 2000- Pour un système de santé plus performant*, Genève, Suisse.
- RÉGIER, D. A., KAELEBER, C. T., 1995, The Epidemiologic Catchment Area Program : studying the prevalence and incidence of psychopathology, in Tohen, M., Bromet, E., Murphy J. M., Tsuang, M.T. eds., *Textbook in Psychiatric Epidemiology*, Wiley Press, New York.
- SAMPSON, R. J., RAUDENBUSH, S. W., EARLS, F., 1997, Neighbourhoods and violent crime : A multilevel study of collective efficacy, *Science*, 277, 918-924.
- SELYE, H., 1974, *Stress sans détresse*, Édition La Presse, Montréal.
- STEVENS, T., JOUBERT, N., 2001, Le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada, *Maladies chroniques au Canada*, 22, 1, 19-25.
- TOHEN, M., BROMET, E., MURPHY, J. M., TSUANG, M. T., 2000, Psychiatric epidemiology, *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 11-125.

ABSTRACT

The creation of a new generation of epidemiological studies in mental health

The authors were granted funding from the Canadian Institute of Health Research (CIHR) to develop a new generation of epidemiological studies in the field of social and psychiatric epidemiology in a catchment area in Montréal, with a population of around 258 000. This research program will begin with a longitudinal study that will identify mental health determinants and will be followed by four specific studies on important aspects of mental health: service organization, social stigma, and neighbourhood ecology and social support actualization. A Geographic information System based on postal codes will also be used as a mean to evaluate the effects of social and physical environment on mental health and its interactions with individual determinants of mental health. This article describes the research program, its theoretical bases and more briefly, its methodology.

RESUMEN

La creación de una nueva generación de estudios epidemiológicos en salud mental

Gracias a una subvención de los Institutos de Investigación en Salud de Canadá (IRSC), actualmente se está desarrollando una nueva generación de estudios en epidemiología social y psiquiátrica en una zona circunscrita localizada en el sudoeste de Montreal, donde viven 258,000 personas. Este programa de investigación se apoya en un estudio prospectivo longitudinal, que busca identificar las determinantes de la salud mental de la población, y en cuatro estudios específicos que abordan los parámetros importantes para la salud mental: la ecología social y física de los barrios, el apoyo social, el estigma social y los servicios de salud mental. Este programa se completa con la utilización de la última generación de herramientas tecnológicas e informáticas, es decir, un sistema de información geográfico (SIG) que permite apreciar los efectos del contexto en la salud mental. Se presentan las bases teóricas en las que se apoya este modelo así como una descripción somera de los métodos utilizados.

RESUMO

Criação de uma nova geração de estudos epidemiológicos em saúde mental

Graças a uma subvenção dos Institutos de Pesquisa em Saúde do Canadá (IRSC), é desenvolvida atualmente uma nova geração de estudos em epidemiologia social e psiquiátrica em uma zona circunscrita situando-se no sudoeste de Montreal, onde vivem 258 mil pessoas. Este programa de pesquisa baseia-se em um estudo prospectivo longitudinal visando identificar os determinantes da saúde mental da população, e sobre quatro estudos específicos que abordam parâmetros importantes para a saúde mental: a ecologia social e física dos bairros, o apoio social, o estigma social e os serviços em saúde mental. Este programa é realizado com a utilização da última geração de ferramentas tecnológicas e informáticas, ou seja, um sistema de informação geográfica (SIG) que permite apreciar os efeitos do contexto na saúde mental. As bases teóricas sobre as quais repousa este modelo são apresentadas, além de uma descrição sumária dos métodos utilizados.